FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 — N° 248

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 8 mars 1900, à 1 heure

Par PAUL ANGELI
Né à Arbori (Corse) le 4 mai 1872.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
RASH SCARLATINIFORMES
DE LA
FIÈVRE TYPHOÏDE

Président : M. DIEULAFOY, *professeur.*

Juges { MM. BERGER, *professeur.*
REMY et WIDAL, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical

PARIS
JOUVE ET BOYER
IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, rue Racine, 15
1900

248

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 8 mars 1900, à 1 heure

Par PAUL ANGELI

Né à Arbori (Corse) le 4 mai 1872.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES RASH SCARLATINIFORMES DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Président : M. DIEULAFOY, *professeur.*

Juges MM. BERGER, *professeur.*
REMY et WIDAL, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PARIS
JOUVE ET BOYER
IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEBOVE. HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER.
Matière médicale et pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.....
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	POTAIN. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	BERGER. DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX.
Clinique opthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.

ACHARD.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN.	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (Aug.)	GILLES DE LA TOURETTE	MENETRIER	WALLICH
BROCA (André).	HARTMANN	MERY	WALTHER
CHARRIN	LANGLOIS	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LAUNOIS	SEBILEAU	WURTZ
DELBET	LEGUEU	TEISSIER	
		THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉREE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Hommage de dévouement et d'éternelle reconnaissance

A MON FRÈRE

A MES SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFOY

Médecin des Hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

RASH SCARLATINIFORMES

DANS LA

FIÈVRE TYPHOÏDE

AVANT-PROPOS

Durant notre internat à l'hôpital de Toulon, lors d'une recrudescence de fièvre typhoïde, nous fûmes frappé par les éruptions que présentaient nos malades. Notre attention ainsi appelée de ce côté, nous fûmes amené à les étudier et à en faire le sujet de notre thèse.

Nous n'avons nullement la prétention de résoudre cette question, encore à l'ordre du jour. Nous serons trop heureux, si, par ce modeste travail et ces quelques observations, nous avons pu apporter quelques documents nouveaux et contribuer à la faire mieux connaître.

HISTORIQUE

La connaissance des érythèmes infectieux au cours de la fièvre typhoïde est de date tout à fait récente. On ne trouve rien dans les auteurs avant 1850. Ce n'est guère qu'à partir de 1890 que la question se présente sous son vrai jour.

Forget, en 1852, signale le premier un exanthème généralisé survenu vers le 6e jour de la fièvre typhoïde.

Sourier et Aspol, en 1862, publient des exemples d'exanthèmes rubéoliformes constatés pendant le cours d'une épidémie à St-Etienne.

Bricheteau, en 1864, signale un rash d'une durée de deux jours.

La même année, Chedevergne rapporte deux observations contestables d'éruptions scarlatiniformes survenant vers les 4e et 9e jour de la fièvre typhoïde.

Griesinger et Bazy, en 1877, semblent avoir vu cette éruption et y font quelques allusions.

Murchison, en 1878, décrit : « une teinte écarlate de la peau qui fait songer à la scarlatine ».

En même temps que Murchison, Raymond et Nélaton relatent 3 cas d'érythèmes se présentant sous forme de papules plus ou moins saillantes et de dimensions variables.

De 1879 à 1881 Gabiran, Keromnes, Raynaud citent dans leur thèse quelques cas d'érythèmes précoces ou tardifs.

En 1883 Lemaigre rapporte trois observations dont deux avec une éruption morbiliforme suivie de mort.

En 1889, De Langenhagen décrit deux cas d'érythème polymorphe.

En 1890, Lovy relate 6 observations d'exanthèmes survenus à la fin de la fièvre typhoïde.

La même année Hutinel et Martin de Gimard (*Médecine moderne*) publient des observations de plusieurs cas d'érythèmes survenus chez des enfants et insistent sur les diverses formes graves et bénignes qu'ils ont constatées.

En 1892 ils reviennent sur la question et essayent d'établir la pathogénie de ces éruptions.

Dans la même année, Mussy passe en revue les diverses éruptions que l'on rencontre dans la plupart des maladies infectieuses. (diphtérie, fièvre typhoïde, choléra, septicémie, puerpéralite, en particulier).

En 1893, on trouve la thèse de Calton, inspirée par les cas décrits par M. Hutinel,

Dans la même année, M. Legendre signale un nouveau fait relatif à un exemple d'érythème scarlatiniforme prolongé pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde et terminé par la mort.

En 1894, M. Galliard publie une observation que nous relatons plus loin. Il fait en outre une leçon dans la « *Semaine médicale* » et un mémoire paru dans les bulletins de la Société médicale des Hôpitaux.

En 1896, nouvelle observation du même auteur d'exan-

thèmes tardifs survenus pendant la période d'état et ayant entraîné la mort.

En 1896 aussi, paraît la thèse de Gillet (Faculté de Nancy) relatant plusieurs cas dont quelques-uns très graves avec dénouement fatal.

Enfin, en 1898, paraît, inspirée par le professeur Rispal, la thèse de Pons sur deux cas d'exanthèmes dans la fièvre typhoïde.

Ce mémoire est le dernier travail fait sur la question.

ÉTIOLOGIE

Les observations parues dans ces dernières années sont trop peu nombreuses pour qu'on puisse établir d'une manière exacte une bonne statistique et résoudre cette question d'Etiologie.

Peut-on avec M. Galliard (*Semaine Médicale*, 1894) dire que ces erythèmes sont plus fréquents que ceux que l'on peut voir apparaître dans d'autres maladies (diphtérie, septicémie, infection puerpérale, blennorrhagie et choléra) ? Nous ne le croyons pas.

Il n'en est pas moins vrai que ces érythèmes sont des manifestations plutôt rares.

D'après les observations de tous les auteurs, leur époque d'apparition est tout à fait incertaine.

Les uns précèdent les taches rosées lenticulaires, ils sont dits précoces ; on les compare à des éruptions prémonitoires, on les désigne sour le nom de rash, tels ceux des malades qui font le sujet de nos observations.

Les autres se manifestent après le 1er septénaire après les taches rosées pendant la 2e ou 3e semaine, et appartiennent à la période d'état de la dothiénentérie.

D'autres enfin appartiennent à la période de convalescence : on les voit apparaître soit au moment où la défer-

vescence vient de s'effectuer, soit après quelques jours d'apyrexie.

La fréquence de la variété d'exanthèmes, comme l'époque de leur apparition, ne semble pas bien déterminée. Les uns ont vu surtout une éruption rubéolique, d'autres, comme nous, une éruption scarlatineuse ou érysipélateuse, d'autres encore de véritables érythèmes polymorphes.

Toutefois l'influence de l'âge paraît certaine; c'est ainsi que, toute proportion gardée, les enfants semblent être plus prédisposés que les adolescents et les adultes. Les observations publiées par MM. Hutinel et Martin de Gimard (1889, Epidémie des enfants malades) et par Calton (1893, service de M. Legroux) sont en faveur de cette théorie.

Est-ce parce que la peau de l'enfant, très délicate et très fragile, « est plus sensible et plus irritable et que la circulation y est plus active que chez l'adulte? » ainsi que le dit M. Hutinel (*Archives Générales de Médecine*, 1890). Cela pourrait être admis quoique certains faits paraissent aller à l'encontre de cette théorie.

L'idiosyncrasie et le milieu, comme dans toutes les maladies, nous semblent avoir une part prépondérante sur l'apparition de ces érythèmes. Tandis que certains sujets sont par le fait de leur constitution très aptes à faire de l'érythème comme ils font de l'infection, d'autres, par le milieu dans lequel ils se trouvent, et par le milieu de moindre résistance, dans lequel les a mis la fièvre typhoïde ou toute autre maladie antérieure, se prêtent à cette nouvelle infection, peut-être même à une contagion.

Les observations publiées à ce sujet, sans être très concluantes, ne sont pas rares.

Raymond et Nélaton relatent trois cas d'érythèmes précoces qui se sont manifestés chez des typhiques occupant des lits dans une même salle (15 au 30 août 1870).

Dans l'épidémie de 1889 qui éclate à l'Hôpital des Enfants malades, MM. Hutinel et Martin de Gimard donnent des faits plus concluants.

Du 1er Juin au 1er Décembre on compta 38 cas de fièvre typhoïde. Sur ces 38 typhiques 12 furent atteints d'érythème infectieux. En 1893, Calton, dans sa thèse, en rapporte plusieurs cas observés dans le service du Dr Legroux. Ces érythèmes se sont manifestés en 2 séries différentes. Série de Juillet: 3 décès sur 6 cas. Série de Septembre: 2 décès sur 5 cas. De plus dans les 6 cas de la première épidémie, 3 filles occupaient des lits voisins, Nos 25, 29, 30. Celles qui étaient couchées aux Nos 26 et 30 ont été atteintes à 3 jours d'intervalle.

De même pour les malades de M. Legendre, les trois malades étaient couchés dans la même salle et dans des lits peu éloignés.

De même pour les malades de M. Spillmann (thèse de Gillet) trois d'entre eux ont été atteints dans le même mois et ont succombé à l'infection.

Enfin M. Rispal relate dans un mémoire les cas de ces deux malades qui avaient été couchées successivement dans le même lit et est porté à se poser la question de contagiosité.

Mais cette contagion, si elle existe, est-elle directe, immédiate ou médiate? Comment se fait-elle? Est-ce par

l'air, par l'intermédiaire des aides, ou bien par les objets de literie? Malgré les observations ci-dessus précitées, l'existence réelle de la contagion n'est pas admise.

Avec M. Galliard on peutrépondre : (*Clinique Médicale Semaine Médicale*, 1894) Pourquoi les typhiques seuls ont-ils été atteints dans l'épidémie observée par MM. Hutinel et Martin de Gimard ? Pas un des enfants, plus ou moins débilités, qui se trouvaient dans le voisinage de ces malades, n'a présenté de manifestations semblables.

Cette objection a une valeur incontestable. On peut se demander avec cet auteur : Pourquoi une épidémie qui ne frappe pas tous les typhiques d'une salle épargnerait en outre des malades débilités par une affection qui mettrait leur organisme en état de moindre résistance ? Aussi quoique l'idée de contagiosité soit séduisante, elle n'est pas encore démontrée, et les observations que nous publions semblent lui donner tort.

PATHOGÉNIE

La Pathogénie des rash scarlatiniformes comme leur étiologie n'est guère connue. Ici comme pour tant d'autres questions à peine peut-on formuler des hypothèses.

Nous ne parlerons que pour mémoire de la théorie formulée en 1869 et appelée Théorie de l'Angio-névrose. Nous ne discuterons pas non plus la théorie expliquant par le passage des microbes les lésions de l'érythème. Les recherches bactériologiques de ces dernières années sont venues l'infirmer. En effet l'examen microscopique des squames ou des liquides pris au niveau des placards érythémateux a toujours fourni un résultat négatif.

Enfin l'ensemencement sur les divers milieux nutritifs du sang recueilli dans les veines pendant la vie, ou dans le cœur, quelques instants après la mort, n'a pas donné de cultures appréciables.

Nulles sont restées les recherches de Jungnickel et Frœnkel (thèse de Mussy, 1892).

Sans résultat les recherches de MM. Hutinel et Legendre comme celles de Gillet et de Rispal. Aussi faut-il abandonner l'opinion qui rend les micro-organismes responsables de l'apparition de l'érythème, et se rallier à la théorie de M. Bouchard. (*Note parue à l'Académie des sciences*, Octobre 1891).

Dans certaines conditions spéciales les microbes secrétent des toxines souvent très virulentes, qui pénètrent dans le sang et qui provoquent dans l'organisme de nombreuses perturbations et des accidents redoutables : tel par exemple le bacille de la diphtérie qui, par les toxines qu'il secrète entraîne des phénomènes d'intoxication et des paralysies si fréquentes.

Tel aussi le microbe de Nicolaïer.

M. Bouchard divise ces produits solubles ou toxines en 2 variétés : d'une part les produits ectasiques qui favorisent la dilatation des vaisseaux, de l'autre les anectasiques qui ont la propriété de paralyser les centres vaso-dilatateurs. Il peut arriver que le même microbe puisse secréter les deux substances à la fois. Tel le bacille pyocyanique (d'après MM. Charrin et Gley, thèse de Mussy 1892).

Pourquoi ne pourrait-on pas attribuer la production de ces rash aux toxines microbiennes ? Ne pourrait-on pas comparer les effets de ces toxines à ceux que produit par exemple l'injection de tuberculine ou de sérum antidiphtérique ? Et alors pourquoi l'introduction dans l'organisme de liquides pathologiques ou normaux ne pourrait-elle pas provoquer les mêmes lésions ?

Tandis que certains sujets font preuve d'une tolérance marquée pour la quinine, l'antipyrine, l'iodure, d'autres plus prédisposés ne peuvent absorber la moindre dose de médicaments sans voir apparaître des traces d'intolérance.

Ne pourrait-on pas établir de là une analogie entre les exanthèmes qui sont produits par les poisons : antipyrine, quinine, iodure, et les rash infectieux que l'on voit sur-

venir dans la dothiénenterie ? Mais ici une autre question se pose : ces rash sont-ils dus au seul bacille d'Eberth ou doit-on incriminer le streptocoque et le coli-bacille, en un mot il y a-t-il infection associée due au bacille d'Eberth et au streptocoque ?

Toutes ces questions, les auteurs se les sont posées : les uns comme Mussy (thèse 1892), ont essayé de résoudre la question en rapprochant les érythèmes de la fièvre typhoïde de ceux qui apparaissent dans la diphtérie. D'autres, comme MM. Lesage et Macaigne ont cherché un rapprochement avec l'érythème que présentaient les cholériques et causés par le coli-bacille.

M. Hutinel incrimine le streptocoque dans les malades qu'il a observés. Pour lui l'infection a été secondaire. La porte d'entrée semblait résider dans les ulcérations aphteuses que portaient, à la bouche et aux lèvres, presque tous les enfants atteints.

M. Legendre, (*Bulletin de Société Médicale* 1893)) a attribué les cas qu'il a observés à la pénétration de poisons microbiens divers à travers les ulcérations intestinales qu'il a trouvées à l'autopsie.

M. Galliard (*Bulletin de la Société Médicale des hôpitaux* 1894) s'est demandé si ces érythèmes, loin d'être le résultat constant d'une infection secondaire par le streptocoque ou le coli-bacille, ne pourraient pas constituer simplement une détermination de la fièvre typhoïde :

« Plusieurs microbes, dit-il, associés ou isolés sont au même degré susceptibles de secréter un poison ou des poisons qui auront pour expression symptomatique l'érythème dit infectieux.

Et je ne vois aucun motif pour réserver le privilège de l'érythogénie aux streptocoques ou au coli-bacille pour en déposséder les autres microbes. Je considérerai l'érythème de la dothiénentérie non comme une complication, mais comme un des symptômes rares de l'infection Eberthique ».

Plus tard M. Rispal (dans un mémoire communiqué à la Société de médecine de Toulouse 1898) tend à admettre la même conclusion et à faire des érythèmes de la fièvre typhoïde un des symptômes rares de cette affection. Cela parce que dans les cas qu'il a observés : « il n'a pu découvrir, en aucun point de la peau ou des muqueuses, l'existence du plus petit foyer microbien ou de la moindre ulcération capable de servir de porte d'entrée à une infection secondaire. En outre ses recherches ont montré la stérilité du liquide sanguin recueilli pendant la vie ou après la mort. »

Comme on peut le voir, après les exposés de ces diverses opinions, la question de la nature des érythèmes n'est pas encore tranchée.

Les uns ne veulent voir que le bacille d'Eberth. Les autres croient à une infection secondaire.

Toutefois on ne comprend guère pourquoi le bacille d'Eberth ne pourrait pas devenir erythrogène au même degré que les autres bacilles. Une semblable hypothèse nous semble possible et légitime. Aussi, jusqu'à preuve du contraire, considérons-nous les rash de la fièvre typhoïde, non seulement comme le fait d'une infection secondaire, mais encore comme un des symptômes possibles de l'infection éberthienne. Nous devons dire toutefois que les

faits cliniques sont trop peu nombreux pour pouvoir nous faire connaître leur véritable origine, et de nouvelles recherches bactériologiques sont nécessaires pour en déterminer la nature exacte.

DESCRIPTION

Nous ne passerons pas en revue toutes les éruptions que l'on rencontre dans les diverses maladies. Nous n'aurons qu'en vue celles qui peuvent les simuler et surtout celles que produisent l'absorption de certains médicaments.

On ne confondra pas les rash de la fièvre typhoïde avec les éruptions cutanées causées par le mercure. En même temps que l'érythème et ses vésicules il existe de la stomatite et de l'angine. Le malade répand en outre une odeur fétide et l'interrogatoire impose le diagnostic.

On n'attribuera pas non plus les éruptions quiniques à l'infection éberthienne. La suppression du médicament et les caractères propres du rash scarlatiniforme suffiront pour faire faire le diagnostic.

Les éruptions érythémateuses dues à l'antipyrine rappellent mieux les rash. Leur début au niveau des jointures pourraient, au commencement, faire songer au rash ; mais ici l'éruption ne dure qu'un ou deux jours, et, comme le dit M. Jaccoud, on n'observe pas de desquamation, parfois seulement il se fait une exfoliation épidermique.

Enfin le rash scarlatiniforme a des caractères tout particuliers. Ce sont des macules d'un rouge vif, isolées ou

confluentes sous forme de plaques irrégulières à bord déchiquetés et circonscrivant des îlots de peau saine, de sorte que l'éruption ressemble à la fois à de la rougeole et surtout à de la scarlatine. Cet érythème pâlit sous la pression des doigts, mais se recolore immédiatement. Les articulations et les membres présentent une teinte rouge écarlate diffuse, tandis que sur les flancs et l'abdomen ce sont des macules très petites serrées les unes contre les autres. On en aperçoit également sur le dos et les épaules où elles sont très confluentes, quelquefois aussi elles envahissent la face.

PRONOSTIC

La rareté des cas vus jusqu'ici explique les opinions émises sur la gravité du pronostic des rahs scarlatiniformes.

Tandis que pour les uns (MM. Raymond et Nélaton) l'éruption n'imprime pas un cachet spécial à la fièvre typhoïde, qu'elle semble même avoir une influence heureuse sur la terminaison; pour d'autres, M. Galliard surtout, il faut attacher une grande importance à la date d'apparition du rash. Quant à nous, sans aller aussi loin que MM. Raymond et Nélaton et déclarer que l'éruption peut avoir une influence heureuse, nous devons dire que les malades que nous avons observés n'ont pas paru être bien éprouvés par cette manifestation d'infection. Aussi sommes-nous portés à croire, sans aller jusqu'à dédaigner les efflorescences cutanées, qu'il suffira de tonifier les malades pour qu'ils surmontent cette nouvelle infection.

TRAITEMENT

Le traitement des rash scarlatiniformes n'offre rien de spécial. On tonifiera les malades. On continuera le traitement général de la fièvre typhoïde (bains ou enveloppements). En un mot traitement général, pas de traitement particulier.

OSBERVATIONS

Observation I (personnelle).

Le nommé Paul J..., âgé de 20 ans, né à Cuneo (Italie) entre à l'hôpital le 3 janvier 1899.

Le 1er janvier il s'est plaint d'une lassitude dont il ne peut expliquer la cause. Il a ressenti des douleurs musculaires, a eu de l'inappétence, des vertiges et une légère épistaxis.

Le 3 janvier, à son entrée à l'hôpital, lorsque nous l'examinons, nous le voyons très abattu. Il accuse une violente céphalalgie, se plaint de ne pouvoir dormir, d'avoir des douleurs à la nuque, des vertiges qui augmentent dès qu'il se lève ou qu'il s'assied sur son lit. Une nouvelle épistaxis survient mais peu abondante. La bouche est pâteuse. Il y a de l'anorexie ; le malade qui était avant constipé est atteint maintenant de diarrhée et ressent une légère douleur dans la fosse iliaque droite.

On y trouve, en effet, du gargouillement. Température : 38°,6 le matin, 40° le soir.

Traitement institué : un verre d'eau de sedlitz deux lavements d'eau boriquée, un le matin, l'autre le soir et un gramme de sulfate de quinine. On prescrit en même temps l'enveloppement froid.

Le 4 janvier. — L'état est toujours le même. La fièvre évolue d'une façon très régulière. Temp. 39°,3 le matin, 40°,2 le soir.

On supprime le purgatif et on prescrit 3 litres de lait : un verre toutes les 3 heures.

Le 6 janvier la fièvre évolue toujours. Le malade tousse. On trouve une légère congestion bronchique à l'auscultation. On continue l'enveloppement froid ; temp. 40°,2 le matin et 40°,3 le soir.

7 janvier. — Même état. 40° le matin, 40°,3 le soir.

Le 3 janvier. — En examinant le malade nous sommes très frappé par l'apparition d'une éruption qui se dessine sur le ventre, la poitrine et surtout les articulations. Alors que nous voyons sur la poitrine et le ventre de petites taches rosées lenticulaires très caractéristiques ayant quelques millimètres de circonférence légèrement saillantes, appréciables au toucher et s'effaçant momentanément à la pression, nous trouvons aux articulations, une éruption formée de taches rouges petites et non saillantes. Les symptômes augmentent d'intensité, ainsi que la température : 40° le matin, 40°,4 le soir. Le malade est dans la stupeur.

9 janvier. — Même état. L'éruption se généralise à la figure, au cou, et aux membres.

Les petites taches de la journée précédente sont maintenant des macules d'un rouge vif, les unes isolées, les autres confluentes, affectant la forme de plaques irrégulières à bord déchiquetés et circonscrivant des ilots de peau saine. La température est tombée à 39° le matin pour remonter à 40°2 le soir.

Le 11 janvier. — La température est stationnaire ; elle oscille entre 40° le matin et 40°5 le soir. La généralisation de l'éruption est complète : le malade semble atteint de purpura.

Le 13 janvier. — Alors que la maladie suit son cours régulier,

la desquamation commence. Elle débute par le cou et la poitrine et finit par la paume de la main et la plante des pieds. Au visage elle se fait par petites écailles : au tronc par des squames de 3 ou quatre centimètres carrés. Aux bras, aux jambes, aux mains et surtout aux pieds où l'épiderme est le plus épais on peut enlever des plaques épidermiques très grandes. Le malade, malgré la fièvre, semble bien mieux. A la stupeur des jours précédents a succédé un léger délire qui dure très peu. Le malade paraît s'endormir.

Pendant toute la durée de l'éruption on a continué l'enveloppement et fait des affusions d'eau froide sur la poitrine et sur la tête. Température 39° le matin, 39°5 le soir.

14 et 15 janvier. — La desquamation se continue. Les derniers squames tombent ainsi que la température. L'amélioration qui s'était dessinée se poursuit : 38° le matin 38°5 le soir. La langue, de sèche qu'elle était, devient humide.

16 janvier. — Le sommeil a remplacé l'insomnie. Temp. matin 38° soir 38°4.

18 janvier. — Le malade continue à bien aller. La diarrhée diminue ; le météorisme à presque complètement disparu. T. matin 38° soir 38°4.

20 janvier. — Le malade entre en convalescence ; la fièvre a complètement disparu.

Elle se montre, il est vrai, de nouveau durant 3 ou 4 soirs, mais, nous savons avec beaucoup d'auteurs (Bernheim Dieulafoy) qu'elle n'est nullement l'indice d'une rechute.

Le 23 janvier. — Le malade commence à manger et le 30 janvier il sort faible encore, mais guéri de sa fièvre typhoïde.

Observation II (Thèse du Dr Pons).

C... Marie, âgée de 17 ans, entrée le 25 août 1897, salle Sainte-Germaine, n° 2.

Antécédents héréditaires et personnels. — Rien de particulier à signaler.

Cette malade avait séjourné une première fois dans le service à la fin du mois de juillet.

Elle eut alors de la céphalalgie, quelques épistaxis, un léger état saburral avec de la diarrhée, une toux quinteuse.

La température s'éleva pendant 2 jours à 40°, puis tomba brusquement au-dessous de 37°, en même temps que se montrait sur les narines et sur les lèvres une éruption d'herpès. L'amélioration fut alors très rapide.

Au bout de 10 jours la malade quitta l'hôpital complètement rétablie, sans qu'on ait pu d'ailleurs déterminer la nature de cette courte maladie.

Peu de jours après sa sortie, elle éprouva de nouveau de la céphalalgie, de la fatigue avec anorexie, un peu de diarrhée, eut quelques épistaxis et rentra à l'Hôtel-Dieu.

Etat de la malade à son entrée : Le soir la température s'élevait à 38°9 ; le lendemain, 26 août, on constatait tous les signes d'une fièvre typhoïde : hypertrophie de la rate, présence de quelques taches rosées, bronchite généralisée, urine légèrement albumineuse. Température matin 39°8, soir 40°4.

26, 28, 29 août. — La température oscille assez régulièrement entre 39° le matin et 40° le soir. Le pouls bat entre 100 et 110 pulsations.

30 août. — Brusque aggravation. La malade est couchée dans

le décubitus latéral, en chien de fusil, plongée dans la stupeur, ne répondant plus aux questions et poussant seulement quelques plaintes. Le visage est rouge, congestionné, les conjonctives sont injectées, les yeux larmoyants. Les lèvres, les dents et la langue tapissés d'un épais enduit fuligineux. Il existe des vomissements bilieux très fréquents presque incoercibles. La température est le matin à 39°5, et le soir à 39°6. Le pouls rapide et faible arrive à 120 pulsations.

31 août. — La température est tombée soudain à 37°7, le pouls restant à 115. Les vomissements bilieux persistent ; l'état général est toujours aussi mauvais.

Apparition de l'éruption. — Le 1er septembre on remarque pour la première fois en découvrant la malade l'existence d'une éruption s'étendant sur presque tout le corps. Ce sont des macules d'un rouge vif, isolées ou confluentes, sous forme de plaques irrégulières à bord déchiquetés et circonscrivant des îlots de peau saine, de sorte que l'éruption ressemble à la fois à celle de la rougeole et de la scarlatine. Cet érythème pâlit sous la pression des doigts, mais se recolore immédiatement. Les jambes et les cuisses présentent une teinte rouge écarlate diffuse, tandis que, sur les flancs et sur l'abdomen ce sont des macules très petites, serrées les unes contre les autres. Sur le dos et sur les épaules, on aperçoit également des macules très confluentes, tandis que les bras, les avant-bras et les mains sont envahis par une rougeur diffuse se terminant par une ligne brisée irrégulière au niveau de la face dorsale des phalanges.

Avec cela l'état général est de plus en plus mauvais, la température a continué sa descente, commencée la veille, pour tomber à 35°5, franchissant quatre degrés dans l'espace de deux jours.

Le 2 septembre. — On constate sur l'abdomen et les flancs la présence de petites vésicules claires ressemblant à des sudamina.

La température est à 36°,5, le pouls filant est incomptable, les bruits du cœur très affaiblis. Malgré les injections répétées de sérum artificiel, d'éther et de caféïne, la malade succombe à deux heures de l'après-midi aux progrès du collapsus cardiaque.

Autopsie. — Pratiquée le lendemain 3 septembre l'érythème a disparu sur presque toutes les parties du corps, sauf sur les flancs et le dos où l'on aperçoit encore quelques taches irrégulières de couleur violacée.

Les poumons présentent de la congestion hypostatique des bases. Le cœur est de consistance molle, de couleur pâle ; le foie volumineux, d'aspect gris jaunâtre, la rate grosse et ramollie, les reins violacés et congestionnés.

La surface péritonéale de l'estomac est parsemée de taches brunâtres, ecchymotiques, qui correspondent sur la face interne à des ex-ulcérations hémorrhagiques de la muqueuse gastrique. A la terminaison de l'iléon, on voit de nombreuses plaques de Peyer ulcérées, quelques-unes très profondément, jusqu'à la tunique séreuse sans qu'il existe pourtant de perforation ou de péritonite. Les ganglions mésentériques sont volumineux et rouges.

Le séro-diagnostic qui avait été pratiqué au moment de l'entrée de la malade avait donné un résultat positif avec agglutination intense ; on avait noté en outre la formation rapide d'un caillot très rétractile, laissant exsuder un sérum abondant d'aspect fluorescent.

Observation III (Personnelle).

La nommée Angèle. . bonne, âgée de 18 ans, née à Cunéo (Italie) entre à l'hôpital de Toulon, le 10 janvier 1899.

Le 4 janvier. — Elle a eu de la céphalalgie, de la rachialgie et un peu de courbature.

Le 6 janvier. — Elle est examinée par un médecin qui porte le diagnostic de courbature, conseille le repos, prescrit un purgatif et du sulfate de quinine.

Le 9 janvier. — La malade n'allant pas mieux la famille l'envoie à l'hôpital.

Le 10. — Lorsque nous la voyons pour la première fois, la malade accuse de violents maux de tête, de la douleur dans la fosse iliaque droite et une forte diarrhée.

On aperçoit quelques taches rosées lenticulaires sur le ventre. L'interrogatoire de l'entourage nous apprend que la malade n'est en France que depuis un mois. Traitement : 2 lavements boriqués un le matin, l'autre le soir ; sulfate de quinine 0gr.75 et faute de baignoires on prescrit l'enveloppement froid toutes les fois que la température dépasse 39°. Température vespérale 40°.

11 et 12 janvier. — Les symptômes vont en augmentant de gravité. La malade est dans un état voisin de la stupeur. Le visage amaigri, le regard vague, elle a les lèvres tremblotantes et de la carphologie. Les selles sont de plus en plus fétides et surviennent à l'insu de la malade. Température du 11 au matin 39°5 du soir 40. Temp. du 12, matin 30°5, soir 40°2.

Le 13 et le 14. — La maladie évolue d'une façon normale. Toutefois les rémissions matinales qui étaient très faibles le

11 et le 12 sont maintenant beaucoup plus fortes. Temp. du 13 au matin 39°, soir 40°. Temp. du 14 au matin 39°. soir 39°7.

15 et 16, — La maladie évolue toujours normalement. Les rémissions matinales se poursuivent. La malade semble sortir de sa stupeur. Le ballonnement du ventre a disparu et la diarrhée a diminué.

17 et 18. — On est frappé par l'ascension de la température et l'apparition d'une nouvelle éruption localisée surtout aux articulations. Ces taches rouges,petites, ne sont pas saillantes et semblent disparaître à la pression.

19, 20 et 21. — L'éruption localisée aux articulations, s'étend les jours suivants aux membres, au ventre et à la poitrine.

Les symptômes qui semblaient définitivement disparus reparaissent avec une nouvelle intensité. La malade a de la fièvre et de la diarrhée. L'érythème est polymorphe et envahit rapidement tout le corps.

Le 22, 23 et 24. — La desquamation commence et se poursuit les jours suivants. Elle se fait par petites écailles au cou, à la poitrine et au ventre. Sur les membres, aux mains et à la plante des pieds, on voit se détacher des plaques épidermiques de plusieurs centimètres.

Le 25. — La malade entre en pleine convalescence. Fièvre et diarrhée ont disparu.

Le 10 février. — Elle quitte l'hôpital pour regagner son pays.

Observation IV (personnelle).

Le 28 février 1899 entre à l'hôpital la nommée Arm..., âgée de 19 ans. Cette jeune fille, originaire des Basses-Alpes, à Tou-

lon à peine depuis deux mois, est malade depuis plus de vingt jours.

Antécédents personnels. — A l'âge de 9 ans, elle a eu la rougeole et à 12 ans la scarlatine.

Maladie actuelle. — Le 2 et 3 février, notre malade a ressenti une fatigue générale, a eu de la céphalalgie, quelques épistaxis et s'est plainte d'une douleur localisée à la fosse iliaque droite.

Le 7 février. — Un médecin, appelé, constate qu'elle est atteinte de fièvre typhoïde et prescrit : sulfate de quinine, 0 gr. 75 et des lavements.

La maladie évolue régulièrement lorsque tout à coup, le 28 février, sans aucun phénomène particulier bien marqué, le matin à sa visite, le médecin constate une éruption localisée aux articulations et formée de taches rouges, petites et non saillantes. Elles disparaissent à la pression du doigt, mais se recolorent immédiatement. La famille, effrayée, envoie la malade à l'hôpital.

Nous constatons les symptômes suivants :

28 février. — Température matin 38°,5, éruption généralisée au tronc, aux membres, au cou et à la figure, ne différant pas sensiblement de celles observées chez nos autres malades, sinon que les tâches sont particulièrement confluentes sur la face. Température soir : 39°.

2 mars. — La desquamation commence, la température s'abaisse. Sur le cou et sur les bras, on voit de petites écailles qui tombent.

Au tronc et au visage, les squames sont plus grands. Comme pour les autres malades, l'épiderme aux doigts des pieds et des

mains s'enlève par plaques épidermiques de plusieurs centimètres carrés. Température matin 38°, soir 38°,3,

4 mars. — La desquamation continue et s'achève rapidement.

6 mars. — La température est redevenue normale. La desquamation est complète.

La malade, qui n'a eu qu'un peu de température au moment de l'apparition du rash, poursuit sa convalescence très rapidement.

Le 15 mars. — Elle quitte l'hôpital complètement guérie.

Observation V (personnelle).

Le 6 mai 1899 entre à l'hôpital le nommé César P..., âgé de 18 ans, habitant Toulon depuis 3 mois.

Malade depuis 15 jours, il a présenté tous les symptômes de la fièvre typhoïde. Céphalalgie, épistaxis, douleur dans la fosse iliaque droite. La maladie évoluait normalement lorsque le 6, en examinant le malade, on aperçoit une éruption caractérisée par de petites taches rosées, localisée surtout à la face antérieure des avant-bras.

Le 6 au matin lorsque nous examinons le malade l'éruption est généralisée et est en tous points semblables à celles décrites dans nos précédentes observations sinon qu'elle est plus discrète. Température soir, 39°.

Traitement : lotions froides, lavements boriqués, un le matin, l'autre le soir.

Le malade meurt subitement le 7 à 8 heures du matin.

Autopsie : pratiquée le lendemain 8 mai.

L'érythème a complètement disparu ; les poumons présentent une légère congestion.

Le cœur est mou et pâle, le foie légèrement volumineux. La rate est très grosse et ramollie, les reins légèrement congestionnés.

L'examen de tout le tube digestif ne montre rien qui puisse expliquer cette mort subite, pas de perforation, à peine quelques ulcérations des plaques de Peyer.

Cette mort subite semble devoir être expliquée par une syncope d'origine réflexe.

Observation VI (Dr Pons).

R..., Thérèse, domestique âgée de 24 ans. Entrée le 19 septembre salle Ste-Germaine, n° 2 et placée dans le même lit que la précédente malade.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier.

Antécédents personnels. — Manifestations scrofuleuses, (Impetigo, opthalmies, adénopathies cervicales) et de la chloro-anémie.

Début. — Dix jours avant son entrée à l'Hôtel-Dieu elle avait eu de la céphalalgie, quelques épistaxis, puis de l'anorexie avec un peu de diarrhée et surtout une grande fatigue.

Etat de la malade à son entrée, 19 septembre.

Il est facile de retrouver tous les signes d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité ; la température vespérale s'élève seulement à 39°2. le pouls est entre 95 et 100 pulsations.

20 septembre. — Apparition de nausées très fréquentes suivies de vomissements bilieux ; les jours suivants c'est-à-dire les 21, 22, 23 septembre, les vomissements persistent à peu près incoercibles et s'accompagnent de hoquet ; il existe une légère stupeur pendant le jour et un peu de subdélire pendant la nuit, cependant la température oscille régulièrement entre 38° le matin et 39° le soir.

24 septembre. — La stupeur s'est rapidement accentuée, la langue et les lèvres sont fuligineuses, on remarque en outre la rougeur très vive de la face et du larmoiement, la température est à 38°5 le matin, mais l'ascension vespérale ne se produit pas et le thermomètre marque seulement 38°2 le soir ; le pouls s'affaiblit et bat 120 pulsations.

25 septembre. — Les phénomènes précédents se sont aggravés : hoquet fréquent, diarrhée et vomissements très abondants; l'abdomen est douloureux et très rétracté.

La température est à 39°5 matin et soir, le pouls filant s'élève au dessus de 120 pulsations ; à l'auscultation du cœur, on trouve le pouls embryocardique.

Apparition de l'éruption. — On remarque en outre l'existence d'un érythème s'étendant irrégulièrement sur les membres, le flanc et le dos ; il revêt l'aspect de macules plus ou moins grandes et plus ou moins confluentes sous forme de plaques, au point de simuler par endroits l'exanthème de la rougeole et ailleurs celui de la scarlatine.

Ce sont au niveau des membres supérieurs, de grands placards rouges à contours irréguliers, laissant entre eux des îlots de peau saine avec des stries morbiliformes sur leurs bords. A la racine des cuisses, les macules sont très petites et très rapprochées sans être toutefois réunies entre elles et la peau semble criblée d'un piqueté rouge.

Dans le dos et sur les fesses ce sont des taches d'étendue très variables à contours irréguliers, plus rouges que le centre, formant un liseré foncé ; au niveau des flancs et de l'abdomen, ces taches se sont réunies, le pouls s'accélère et s'affaiblit de plus en plus, la respiration devient très fréquente et la malade succombe à huit heures du soir.

Autopsie. — Elle est pratiquée le lendemain 26 septembre; l'érythème a presque complètement disparu, à peine en reste-t-il un vestige sur l'abdomen et dans le dos.

Les poumons adhérents sont congestionnés au niveau de la partie postérieure et des bases ; le cœur est petit, mou et pâle ; le sang poisseux, de couleur noirâtre.

Des adhérences filamenteuses de périhépatite unissent le foie au diaphragme, à l'estomac et au côlon ; l'organe hépatique est déformé, mou, gris jaunâtre. La rate est volumineuse, très ramollie ; les reins montrent une coloration jaune de la substance corticale. La muqueuse de l'estomac présente au niveau de la grande courbure quelques diffusions hémorrhagiques superficielles, sans ulcérations véritables ; la dernière portion de l'iléon contient un peu de liquide sanguinolent ; les plaques de Peyer, et les follicules isolés sont gonflés, rouges avec de petites ulcérations légèrement saillantes. Les ganglions mésentériques sont tuméfiés et congestionnés.

Examen bactériologique et histologique. — On a recueilli dans la matinée du 26 septembre, c'est-à-dire plusieurs heures avant la mort, dans une veine du pli du coude, un centimètre cube de sang à l'aide d'une seringue de Pravaz stérilisée, ce liquide ensemencé sur divers milieux (gélose, bouillon) n'a donné aucune culture.

Une certaine quantité de sang puisée dans le cœur au moment de l'autopsie a fourni le même résultat négatif. L'ensemencement du suc splénique sur gélose a donné une culture pure de bacilles d'Eberth ; l'identité de ce microorganisme a été vérifiée par les diverses réactions qui servent à le différencier du coli-bacille.

Dans les fragments des divers organes (foie, reins, myocarde)

ont été fixés par le liquide de Flemming et colorés à la safranine l'examen histologie des coupes du foie a montré l'existence de nodules infectieux qu'on rencontre en pareil cas, mais surtout une infiltration graisseuse très intense des cellules hépatiques. Cette dégénérescence graisseuse était beaucoup plus accentuée qu'elle ne l'est d'habitude dans le foie typhique et pouvait être comparée à celle qui caractérise l'intoxication phosphorée ou l'ictère grave.

Les altérations du rein sont celles de la néphrite épithéliale typhoïdique, mais l'infiltration graisseuse des cellules est relativement plus marquée.

L'examen du myocarde décèle seulement une très légère infiltration granulo-graisseuse des cellules musculaires qui ont conservé leur striation ; il semble cependant que quelques fibres ont subi un certain degré de fragmentation de leur substance.

CONCLUSIONS

Après les nombreux cas que nous avons observés et l'étude que nous avons pu en faire, nous nous croyons autorisé à conclure ainsi :

1° On constate quelquefois dans le cours de la fièvre typhoïde l'apparition d'érythèmes ou rash affectant des formes variées.

2° Ces rash ne pourraient être divisés, comme le voudraient certains auteurs, en deux groupes principaux au point de vue de leur apparition et de leur valeur pronostique : rash précoces ou bénins, rash tardifs ou malins.

3° La question de contagiosité nous paraît devoir être résolue par la négative.

4° Nous répondons au contraire par l'affirmative à la question d'épidémicité. Nous n'en voulons pour preuve que les cas très nombreux observés à Toulon et si rares ailleurs.

5° L'existence d'une infection secondaire, cause de ces rash, n'ayant jamais été prouvée, nous sommes portés à croire, jusqu'à preuve du contraire, qu'ils sont dus aux toxines du bacille d'Eberth.

Vu le président de la thèse
DIEULAFOY

Vu par le Doyen de la Faculté
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

FORGET. — Diagnostic de la fièvre typhoïde, 1852.

SOURIER ET ASPOL. — Mém. de médec. et de chirurg. militaire, 1862.

CHEDEVERGNE. — De la fièvre typhoïde et de ses manifestations congestives inflammatoires et éruptives. Th. de Paris, 1869.

MAZERON. — Taches et éruptions typhiques. Th. de Paris, 1866.

NORMAND. — Eruptions cutanées dans la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1875.

SIREDEY-FERÉOL. — Union médicale, 6 mars, 1876.

BEZ. — Contemporanéité de la fièvre typhoïde et des fièvres éruptives. Th. de Paris, 1877.

MURCHISON. — Traité sur la fièvre typhoïde, 1878.

RAYMOND ET NÉLATON. — Une variété d'éruptions typhiques. Progrès médical, 1878.

GABIRAU. — Exanthèmes typhoïdiques. Th. Paris, 1879.

REYNAUD. — Erythèmes polymorphes dans la fièvre typhoïde. Th. Paris, 1881.

KEROMPES. — Etude descriptive de quelques éruptions typhiques, 1881.

LEMAIGRE. — Des exanthèmes dans la fièvre typhoïde. Th. Paris, 1883.

MARQUET. — De l'érythème polymorphe grave ou infectieux. Th. Paris, 1885.

De Langenhagen. — De l'érythème polymorphe infectieux. Th. Nancy, 1888.

Estève. — Evolution simultanée de la fièvre typhoïde avec la rougeole et la scarlatine. Th. Paris, 1888.

Long. — Des exanthèmes rubéoliques typhiques.

Belnier. — Pathogénie des érythèmes (Annales de dermatologie, 1890.

Hutinel et Martin de Gimard. — Des érythèmes infectieux dans la fièvre thyphoïde. Médecine moderne, 1890, pages 81, 101, 124.

Mussy. — Des érythèmes infectieux en particulier dans la diphtérie. Th. Paris, 1892.

Hutinel. — Archives générales de médecine, 1892, pages 263 et 385.

Calton. — Des érythèmes infectieux en particulier dans la fièvre typhoïde. Th. Paris, 1893.

Le Genvre. — Bulletin de la Société médicale des hôpttaux, 1893.

Galliard. — Contribution à l'étude des érythèmes infectieux. (Semaine médicale, 1894). Bulletin de la Societé médicale des hôpitaux, 1894.

— Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, 1896.

Gillet. — Contribution à l'étude des érythèmes dans la fièvre typhoïde. Th. Nancy, 1896.

Rispal. — Contribution à l'étude des érythèmes infectieux dans la fièvre typhoïde. (Mémoire communiqué à la Société de médecine de Toulouse, janvier 1898.

Pons. — Contribution à l'étude des érythèmes infectieux dans la fièvre typhoïde, juin 1898.

Jouve et Boyer, imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris.